

Représentation de la douleur chronique : commentaire à partir des notions de systèmes de représentations et de représentations professionnelles

Philippe Tremblay
(tremblay.philippe@uqam.ca)

Candidat au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal

Adjoint de recherche au Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO) et au programme de recherche concertée « Chaîne des médicaments »

Catherine Garnier (garnier.catherine@uqam.ca)

Directrice du GEIRSO et du programme de recherche concertée « Chaîne des médicaments »
Université du Québec à Montréal

Cette réalisation a été rendue possible grâce à la subvention #412-2003-1005 du Conseil de Recherches en Sciences Humaines du Canada (CRSH), dans le cadre du Grand travail de recherche concertée sur la « Chaîne des médicaments » dirigé par Catherine Garnier (2004-2009).

Résumé

Dans leur article intitulé « Représentation de la douleur chronique chez une patiente fibromyalgique », Girard et Arsenault (2005, ce numéro) traitent de la représentation individuelle de la douleur, celle qui est subjectivement perçue par le patient. Le commentaire qui suit vise à élargir ce cadre d'analyse pour permettre de mieux cerner la dynamique sociale au sein de laquelle se construit le rapport à la douleur. Pour arriver à cet élargissement, qui s'inscrit sous une perspective davantage sociale, et aller au-delà de la représentation cognitive et isolée de la douleur, les notions de systèmes de représentations et de représentations professionnelles sont articulées.

Mots clés

douleur ; dynamique sociale ; représentations professionnelles ; représentations sociales ; systèmes de représentations.

La représentation sociale de la douleur implique que celle-ci ne soit pas considérée isolément, mais plutôt au sein d'un ensemble d'objets constitutifs d'une situation. Cette pluralité d'objets pourrait correspondre à une pluralité de représentations qui s'articuleraient sous forme de système, comme l'ont récemment suggéré certains auteurs (Garnier, 1999, 2003; De Rosa, 1995; Vergès, 1995). La maladie, le corps, la santé, la médecine, parmi d'autres, pourraient constituer des exemples d'objets constitutifs d'un système au sein duquel la douleur serait impliquée. Pour comprendre comment les patients, les médecins et les autres acteurs sociaux se positionnent face à la douleur et le mode de relations qui s'établit avec les pratiques, cette approche à la fois conceptuelle et « multiobjets » est incontournable. La douleur prend sens et se construit dans un contexte de relations et de situations sociales qui met inévitablement en scène une pluralité d'objets.

La douleur d'une personne n'est pas la même selon différents contextes parce que les objets qui participent à sa définition ne sont pas non plus les mêmes et que le système composé de ces objets diffère également. À titre illustratif, la douleur musculaire d'un Indien du Brésil et celle d'un Belge sont sans doute vécues différemment, les représentations de la maladie, du corps et de la médecine risquant elles aussi de différer passablement.

Bien que Girard et Arsenault (2005) se centrent sur la représentation de la douleur du patient, dans la perspective où le rapport à la douleur se construit au sein de la relation patient-médecin, on doit aussi considérer les représentations des médecins. Celles-ci pourraient être articulées dans une zone significative de la vie du groupe, comme par exemple l'engagement professionnel (Bataille, Blin, Jacquet-Mias, & Piasser, 1997). Ces représentations, alors circonscrites par la

définition professionnelle, pourraient s'analyser dans un cadre conceptuel défini par des contraintes sociales elles-mêmes organisées, comme c'est le cas dans la relation patient-médecin et plus particulièrement pour les pratiques de prescriptions qui appartiennent toutes à un univers professionnel défini. On retrouve d'ailleurs cette idée développée par Blin (1997) concernant les représentations professionnelles.

Les représentations professionnelles étant ni savoir scientifique, ni savoir de sens commun, elles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles, qui les ancrent dans les contextes et fondent les identités professionnelles (Bataille et al., 1997). Certains auteurs les définissent comme des représentations portant sur les métiers ou les professions et qui expriment les reconstructions que les sujets réalisent à partir d'éléments connus dans leur milieu, trouvés dans les médias ou rencontrés dans les pratiques. D'autres définissent les représentations professionnelles comme des représentations liées au travail ou liées à la fonction exercée : « les rapports de travail structurent les interactions et ont pour conséquences la construction d'un système de représentations professionnelles » (Lorenzi-Cioldi, 1991). Pour Blin (1997), « les représentations professionnelles toujours spécifiques à un contexte professionnel sont définies comme des ensembles de cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisés en un champ présentant une signification globale ».

En somme, si l'on admet que certaines conceptions peuvent jouer un rôle dans la dynamique interactionnelle et dans les pratiques professionnelles, il est essentiel de s'interroger sur les représentations que se font les acteurs sociaux (les patients et les médecins) de l'interaction et de différents concepts apparaissant jouer un rôle important dans la détermination de l'intervention médicale. À ce propos, si l'on retient les suggestions d'Aballéa (1987), la douleur, la souffrance, le corps, le diagnostic, la santé, le traitement, la prescription, la maladie, la relation thérapeutique, le patient et le médicament esquisseraient une espèce de carte conceptuelle (Rouquette, 1994).

Ce cadre d'analyse offre par ailleurs l'opportunité d'examiner le rapport entre les représentations sociales des patients et les

représentations professionnelles des médecins se rencontrant dans l'interaction patient-médecin autour de la problématique de la douleur. Une piste pour l'analyse d'un tel rapport est suggérée par le cas de Marie, présenté par Girard et Arsenault (2005) et par de nombreuses études (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor, & Calvo, 2002; Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996, par exemple) sur les stratégies de « coping » des patients aux prises avec des douleurs chroniques. Cette piste d'analyse pourrait se formuler ainsi : puisqu'on constate que l'adoption de stratégies actives pour regagner le contrôle sur les douleurs chroniques, par opposition aux stratégies passives (le catastrophisme, par exemple), est positivement reliée à une meilleure adaptation psychologique chez les patients, il est indiqué d'analyser les représentations liées à l'adoption de telles stratégies et le rôle respectif des patients et des médecins dans la construction de ces représentations.

Le cas de Marie présenté par Girard et Arsenault (2005) permet de comprendre que la représentation de la douleur de la patiente était bien différente de celle présente chez son médecin. Marie s'est en effet montrée en désaccord avec le diagnostic de dépression majeure reçu de son médecin et a refusé de prendre sa médication (voir p.7). Dans l'encadré 5 (voir p.19), Marie déplore également qu'on n'ait pas perçu le danger de sa condition, qu'on ne l'ait pas considérée en tant que personne et qu'on ne l'ait pas reçue selon une approche globale. Malgré cette différence entre la représentation de Marie et celle de son médecin, cette patiente est parvenue à garder le contrôle et à s'adapter à ses douleurs. Plus tard, elle semble prête à formuler des objectifs communs avec le médecin, comme l'illustre l'encadré 5 (voir p.19). Cet exemple indique encore une fois qu'une analyse est à faire sur le rapport entre les représentations des patients et les représentations professionnelles des médecins. Puisque l'implication professionnelle des médecins face à la douleur n'est pas d'un même ordre que l'implication personnelle des patients, la distance à l'objet n'est pas la même et cette différence pourrait être une source d'explication importante des différences sur le plan des représentations.

La construction de la représentation de la douleur résulte des interactions et dans le cas particulier de l'interaction patient-médecin, ce qui en fait une expression sociale. On peut considérer qu'elle participe d'une construction commune du médecin et du patient au sein même de l'espace

thérapeutique (Grossen & Perret-Clermont, 1992). Espace qui permet de donner une forme, mais aussi un nom dans la résonance que légitime la société.

Ces quelques remarques ont pour but d'ouvrir le débat en même temps que de fournir de nouvelles pistes d'intégration des données pour que le médecin planifie son intervention. L'expérience de la douleur et sa représentation ne sont pas le fait de constructions isolées les unes des autres, elles se forment à l'aune de la désirabilité sociale dans les interstices de la relation thérapeutique.

Références

- Aballéa, F. (1987). *Le besoin de santé : les déterminants sociaux de la consommation*. Vanves : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 271 p.
- Arraras, J.I., Wright, S.J., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J.I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviors in cancer and other diseases. *Psychology Health and Medicine*, 7(2), 181-187.
- Bataille, M., Blin, J.-F., Jacquet-Mias, C., & Piasser, A. (1997). « Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles », *L'Année de la recherche en sciences de l'éducation* : 57-89.
- Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris ; Montréal : L'Harmattan, 223 p.
- De Rosa, A.-S. (1995). Le « réseau d'association » comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales. Structure, contenus et polarité du champ sémantique. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28 (4), 96-122.
- Garnier, C. (2003). La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales. *Journal international sur les représentations sociales*, 1 (1), 1-9.
- Garnier, C. (1999). La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale. In M.-L. Rouquette & C. Garnier (Éds), *La genèse des représentations sociales* (87-113). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Girard, G., & Arsenault, P. (2005). Représentation de la douleur chronique chez une patiente fibromyalgique. *Journal international sur les représentations sociales*, 2 (1), 1-19.
- Grossen, M., & Perret-Clermont, A.-N. (1992). *L'Espace thérapeutique : cadres et contextes*. Delachaux & Niestlé Neuchâtel, Suisse, 301 p.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1991). Pluralité d'ancrages des représentations professionnelles chez des éducateurs en formation et des praticiens. *Revue internationale de psychologie sociale*, 4, 3, 357-379.
- Rouquette, M.-L. (1994). *Sur la connaissance des masses : essai de psychologie politique*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 223 p.
- Snow-Turek, A.L., Norris, M.P., Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462.
- Vergès, P. (1995). Représentations sociales partagées, périphériques, indifférentes, d'une minorité : méthodes d'approche. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 28, 77-95.